CORTE MUNICIPAL DE LAS VEGAS
SERVICIO COMUNITARIO/ PROGRAMA DE TRABAJO
CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

Para completar con éxito el componente del Programa de Trabajo y/o Servicio Comunitario como parte de mi sentencia debo cumplir con las siguientes condiciones. Mis Antecedentes criminales **podrían** descalificarme de trabajar en ciertos lugares

Si fallo en cumplir me despedirán del programa y tendré que presentarme ante la corte se expedirá una Orden de Detención y/o cualquier otra sanción como se detalle a continuar

1. _____ Realizaré la cantidad de horas ordenadas por la corte en cada uno de mis caso(s), **en el lugar de trabajo asignado por el representante de la corte.**
2. _____ Yo soy responsable de pagar los **$35 del programa** y cualquier otra cuota y multa impuestas por el Juez. Una cuota de $35 se impondrá por cada caso(s) nuevo que se agregué al Programa de Trabajo o Servicio Comunitario.
3. _____ Entiendo que si pierdo la hoja de especificaciones, de trabajo o cualquier otro documento solicitado se cobrará $.50 por hoja a reponer.
4. _____ Para cumplir necesito:
   a. Efectuar un mínimo de 40 horas de trabajo **al mes** en el local asignado al salario mínimo (actualmente $8.25 por hora) **o**;
   b. Pagar un mínimo de $100.00 **al mes** cuando se haya trabajo menos de las 40 horas
5. _____ Entiendo que si fallo con los requisitos de pagar o trabajar tendré como resultado una o más de las siguientes sanciones:
   a. Trabajar horas adicionales y/o un pago mayor que deberé realizar en la próxima fecha de comparecencia
   b. Se me cobrarán cuotas adicionales por no cumplir
   c. No me permitirán seguir en el programa de trabajo y tendré que pagar la cantidad que resta antes de la fecha fijada
   d. Pueden ordenarme comparecer ante el Juez para una Audiencia por no haber cumplido
6. _____ Yo soy responsable de mantener la cuenta de las horas que trabajo, las horas restantes y la fecha(s) de comparecencia. Puedo hacerlo visitando la página web al www.lasvegasnevada.gov\Government\municipalcourt.htm o llamando la Corte al 382-6878 (38-COURT).
7. _____ Yo entiendo que no me reembolsarán o concederán crédito por las horas trabajadas en exceso a las horas requeridas para cumplir con el programa de trabajo y/o servicio comunitario.
8. _____Debo ponerme en contacto o presentarme en el local asignado por el representante de la corte en o antes de una semana de la fecha que recibió la hoja de trabajo/ hoja de especificaciones. También entiendo que tengo que regresar de inmediato a las ventanillas de servicio para ser asignado a otro lugar si no hubiera cupo en el lugar asignado
9. _____ Se requiere Identificación con foto cada vez que visite las ventanillas de servicio de la corte
10. _____ Debo presentar la hoja de trabajo/ hoja de especificaciones cada vez que me reporte al lugar de trabajo asignado.
11. _____Si estoy bajo cuidado médico, necesito documentación del doctor dándome de alta antes de poder trabajar. Este reporte médico debe tener el membrete oficial de su médico y deberá especificar: Nombre, fecha de nacimiento y que me encuentro en condiciones de tomar parte en el programa de trabajo, con o sin restricciones, como sea aplicable. El documento de alta médica deberá ser concordante con la condición médica que usted proporcionó a nuestros empleados.
12. _____ Conductas inapropiadas en el lugar asignado de trabajo incluyendo pero no limitado al consumo de alcohol o drogas, peleas o amenazas, uso de malas palabras, falsificación en las hojas de asistencia al trabajo/de especificación; robar; rehusarse a trabajar; buscar o pedir dinero por horas trabajadas, discutir, dormir; sobornar y cualquier otro acto de insubordinación como sean determinados por el Supervisor del Programa de Servicio Comunitario o Supervisor del lugar asignado, serán consideradas como incumplimiento al Programa. El Supervisor del Programa de Servicio Comunitario se encargara de aclarar cualquier situación que se presente que no tengan relación con las condiciones indicadas.

NOMBRE: _____ **TELEFONO**_____

DOMICIO: _____

Ciudad **Estado** **Código postal**

FIRMA: _____**FECHA:** _____

NUMERO DE CASO: _____